



Toekomst publieke gezondheid

Samenvatting van verdiepingssessies met professionals, bestuurders en wetenschappers

28 mei 2024

Inleiding

Verdiepingssessies toekomst publieke gezondheid

- In maart en april 2024 hebben er op het ministerie van VWS zes verdiepingssessies plaatsgevonden met professionals, bestuurders en wetenschappers. De sessies gingen over de toekomst van de publieke gezondheid. Adviesbureau KWINK groep heeft deze sessies begeleid.
- De sessies in maart en april 2024 bouwden voort op de *Inspiratiekaart Beleidsagenda publieke gezondheid*. De Inspiratiekaart is het product van drie denksessies in december 2023 over de mogelijke doelen voor het Nederlandse publieke gezondheidstelsel in 2030 en enkele beleidsopties om daar te komen.
- Het doel van de sessies in maart en april 2024 was om de eerdere opbrengst van de Inspiratiekaart te verdiepen. De verdiepingsslag dient als input voor VWS (en de toekomstige nieuwe bewindspersonen) voor de verdere beleidsvorming.
- Deelnemers aan de verdiepingssessies waren wethouders, hoogleraren en bestuurders en professionals van de GGD, de JGZ, de ouderenzorg en uit het sociaal domein. Het ministerie van VWS nam deel als toehoorder.

Leeswijzer

- In dit document zijn de opbrengsten van de verdiepingssessies zo feitelijk mogelijk samengevat.
- Voorliggend document moet worden gezien als een samenvatting van de punten die tijdens de zes sessies in maart en april aan bod zijn gekomen. De inhoud van deze notitie bevat geen duiding, verklaring of analyse van wat er is gezegd, is geen weergave van de mening van VWS en moet ook niet worden gezien als advies vanuit KWINK groep.
- Omdat tijdens de zes verdiepingssessies een veelheid aan onderwerpen aan bod is gekomen, is geprobeerd om een clustering aan te brengen. Deze is afgeleid van, maar komt niet volledig overeen, met de indeling van de Inspiratiekaart. De hoofdonderwerpen zijn: beleid, aansturing en bekostiging.
- In de laatste vier sessies is het gesprek gevoerd aan de hand van stellingen. In de sheets wordt soms naar die stellingen verwezen.

1. Beleidsvorming

1. Wat is publieke gezondheid?
2. Transformatieaanpak
3. Benodigde infrastructuur
4. (Wettelijke) doelen en verplichtingen
5. Verbieden en belasten
6. Sociale determinanten & domein-overstijgende aanpak

1.1. Wat is publieke gezondheid?

- De Wpg bevat een definitie van publieke gezondheidszorg: *‘de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten’*.
- Deelnemers brachten in dat publieke gezondheid de verbindende schakel vormt tussen het sociaal domein, het curatieve domein en de langdurige zorg.
- Publieke gezondheid is nu erg verbonden aan GGD'en en gemeenten, maar is breder dan dat: ook het sociaal domein en de jeugdzorg zijn bijvoorbeeld belangrijk voor de publieke gezondheid.

Publieke gezondheid en collectiviteit

- Publieke gezondheid gaat over een collectief aanbod en collectieve voorzieningen. En breder dan dat: over ‘het collectief’. Daarom werd geopperd dat het woord ‘volksgezondheid’ passender is, omdat dit meer uitdrukking geeft aan het collectieve element.
- Publieke gezondheid is iets dat in het publieke domein wordt georganiseerd. Tegelijkertijd wierpen sommige gespreksdeelnemers op dat private partijen, zoals werkgevers/bedrijven, ook hun verantwoordelijkheid op dit onderwerp kunnen en moeten pakken.

De waarde van publieke gezondheid

- Tijdens de sessies kwam aan bod dat publieke gezondheid een doel in zichzelf is; burgers vinden het onderwerp op zichzelf belangrijk.
- En tegelijkertijd is publieke gezondheid ook een middel, bijvoorbeeld voor ontplooiing van het individu en nog breder: voor de ontplooiing van de samenleving (denk aan arbeidsproductiviteit of kansengelijkheid). Of een middel om binding in de samenleving te creëren. De covid-19 crisis was een moment waarop de waarde van de publieke gezondheid extra zichtbaar werd. In dat opzicht moet de waarde van publieke gezondheid dus gezien worden als meer dan het voorkomen van zorg.

Naar een ander narratief

- Het narratief over publieke gezondheid kan anders en positiever. We moeten bijvoorbeeld de focus verleggen van zorg naar gezondheid. Concreet bijvoorbeeld door niet alleen te meten op ziekte, maar ook op gezondheid. En we kunnen nog meer uitdragen dat vrijwel iedereen baat heeft bij een verbeterde publieke gezondheid.

1.2. Transformatieaanpak (1/2)

- De volgende stelling kreeg steeds veel stemmen van de gespreksdeelnemers: *‘De uitdagingen rondom publieke gezondheid zijn zo hardnekkig dat deze alleen kunnen worden opgelost met een **langjarige transformatieaanpak**, samen met veldpartijen en de samenleving. Vergelijkbaar als bij transformaties rond energie of water. Deze transformatieaanpak moet verder reiken dan alleen het doorvoeren van wijzigingen in het stelsel van publieke gezondheid.’*
- Gespreksdeelnemers zijn het eens met deze stelling. Men geeft aan dat er een aantal grote uitdagingen zijn op het gebied van publieke gezondheid. Kortetermijnoplossingen of -aanpakken volstaan niet; als we echt wat willen bereiken op het terrein van publieke gezondheid, zullen we een **langjarige** blik moeten hebben.
- Er is behoefte aan een **langjarige strategie over de regeerperiode heen** met bijbehorende waarden en doelen. De strategie moet helpen om kracht te maken met elkaar en het onderwerp publieke gezondheid op de kaart te zetten.
- VWS kan aanjager zijn, maar de transformatie moet niet alleen vanuit VWS komen. **Eigenaarschap** en **gezamenlijkheid** zijn belangrijke uitgangspunten:
 - De transformatie moet niet alleen vanuit VWS komen, maar alle relevante partijen moeten **eigenaarschap** gaan tonen. Er wordt nu nog te veel naar elkaar gekeken en te weinig in gezamenlijkheid opgepakt.
- Samenwerking is enorm belangrijk. De partijen die de meest essentiële rollen hebben, moeten de opgave in **gezamenlijkheid** aangaan. Partijen moeten met elkaar samenwerken op een manier die het eigen organisatiebelang overstijgt. We moeten ook nadenken over hoe de burger/samenleving daarin betrokken kan worden.
- Een **transformatie** gaat altijd over van ‘iets’ naar ‘ergens’ en over dingen fundamenteel anders doen. Tijdens de sessies zijn voor het thema publieke gezondheid verschillende suggesties gedaan voor de invulling van de transformatie, bijvoorbeeld:
 - Van een systeem naar een netwerk: zowel op landelijk niveau, als op het niveau van regio’s en het lokale niveau.
 - Publieke gezondheid breder gaan benaderen en de beweging maken naar ‘health in all policies’.
 - De focus op individuele leefstijl verbreden naar de omgeving, en de aanpak bijvoorbeeld ook op industrieën richten.
 - De effectiviteit van maatregelen op een andere manier gaan waarderen: vanuit toetsen aan voorkomen van zorg, naar toetsen aan de brede welvaart die het oplevert.

1.2. Transformatieaanpak (2/2)

- Er zijn al plekken waar een beweging in de goede richting ontstaat en **voorbeelden waarvan we kunnen leren**, bijvoorbeeld:
 - Vanuit het IZA zie je dat regionaal vanuit de zorg steeds meer de verbinding met het sociaal domein wordt gezocht. En dat gemeenten en zorgverzekeraars meer in gezamenlijkheid optrekken. Kanttekening bij het IZA is wel dat het nog erg is ingegeven vanuit het voorkómen van zorg, en nog niet zozeer vanuit een bredere benadering van gezondheid.
 - Een ander concreet voorbeeld is ‘ouder worden 2040’. Onder ‘ouder worden 2040’ is samen met allerlei betrokkenen een visie ontwikkeld en een transformatieagenda opgesteld voor de toekomst van ouderen in Nederland.
 - Het is slim om lessen uit andere transitie mee te nemen. Bijvoorbeeld uit de energietransitie, waarbij alle overheidsniveaus (en het bedrijfsleven en maatschappelijk middenveld) met elkaar samenwerken. Of het waterbeheer: daar ontstond de beweging zowel van onderaf (inwoners en gemeenten ervoeren urgentie) als van bovenaf (het Rijk stuurde met een langjarig Deltaplan, met behulp van een Deltacommissaris en een Deltafonds). Partijen werkten samen en overstegen daarbij hun eigen belangen.

1.3. Benodigde infrastructuur (1/2)

- Gespreksdeelnemers wilden graag spreken over de volgende stelling: *‘Het ontbreekt nu aan een infrastructuur/mechanisme waar partijen elkaar kunnen spreken over de visie, gezamenlijk keuzes maken en – vooral – elkaar aanspreken en ter verantwoording kunnen roepen.’*
- Gespreksdeelnemers zijn het over het algemeen eens met deze stelling. Op **systeemniveau** is een infrastructuur nodig waar met elkaar kan worden gesproken over strategie en de lange termijn aanpak, en waar partijen elkaar aanspreken als doelen niet worden gehaald of afspraken niet worden nagekomen.
- Deze infrastructuur kent verschillende **niveaus: landelijk, regionaal en lokaal**. Op ieder van de niveaus is er een sterk **netwerk** nodig, bijvoorbeeld in de vorm van ‘tafels’, die onderling ook weer met elkaar in verbinding staan.
 - De netwerken geven gezamenlijk handen en voeten aan de **langetermijnaanpak**. De regionale en lokale netwerken doen dit door voor hun werkgebieden een langetermijnaanpak te formuleren die aansluit bij de regionale en lokale context. Het landelijke netwerk stimuleert en bewaakt dat de plannen gezamenlijk optellen tot de gezamenlijke, landelijke langetermijnambitie. Hiermee faciliteert de infrastructuur zowel een beweging van onderop als van bovenaf.
 - Binnen de netwerken wordt **domeinoverstijgend** gewerkt, door bijvoorbeeld een basisinfrastructuur te organiseren waar verschillende partijen uit verschillende domeinen met elkaar praten.
- Het netwerk kan een plek zijn om kennis uit te wisselen. Het kan een plek zijn waar het **‘lerend monitoren’** handen en voeten krijgt. Aan de tafels kan worden gesproken over de inzichten die de monitoring oplevert. Nu sijpelt kennis, die binnen nationale instituten wordt gegenereerd, niet altijd voldoende door naar de regio en andersom. Zo hebben GGD’en bijvoorbeeld heel veel regionale kennis in huis die ook voor andere GGD’en of nationale instituten waardevol is. De infrastructuur moet een plek zijn waar lokale kennis en de algemene inzichten bij elkaar komen.
- Voor het inrichten van de infrastructuur kan voortgebouwd worden op bestaande netwerken. Er bestaan op landelijk, regionaal en lokaal niveau namelijk al netwerken rondom publieke gezondheid, maar deze netwerken behoeven verbinding, versteviging en verbetering:
 - Publieke gezondheid is een breed onderwerp, en dat betekent dat een diversiteit aan partijen aangesloten moet zijn bij de netwerken. Momenteel zitten nog niet altijd de juiste partijen aan tafel. Bijvoorbeeld: ActiZ Jeugd is afwisselend wel en niet aangesloten. En een gespreksdeelnemer noemde dat het nuttig zou zijn om Sociaal Werk Nederland ook aan te sluiten.
 - Er zijn regio’s waar al een netwerk is ontstaan, maar de invulling en de volwassenheid van de samenwerking verschilt per regio.

1.3. Benodigde infrastructuur (2/2)

- **Wie** zouden er aangesloten moet zijn op zo'n infrastructuur?
 - De gespreksdeelnemers zijn het er over eens dat dit een **diverse groep** partijen moet zijn, liefst uit verschillende domeinen. Een uitdaging /discussiepunt daarbij is: welke domeinen ga je precies betrekken en waar baken je het af?
 - Je zou vanuit de regio steeds andere vertegenwoordigers aan kunnen laten sluiten (mede afhankelijk van het voorliggende onderwerp), zodat er variatie in de groep ontstaat.
 - Een vraag hierbij is ook: wat is de rol van de burger/samenleving? Hoe kunnen die een plek krijgen in deze infrastructuur?
 - Gespreksdeelnemers geven aan dat de infrastructuur iets is wat moet groeien, dat bijvoorbeeld gaandeweg geconstateerd kan worden dat een bepaalde partij nog ontbreekt en dat die dan alsnog aangesloten kan worden.
- **Wat** is er verder nodig voor zo'n infrastructuur?
 - **Gelijkwaardigheid** en **vertrouwen** tussen partijen. Die gelijkwaardigheid ontstaat wanneer partijen elkaar leren kennen en ontdekken wat de ander voor dezelfde burger kan betekenen.
 - Een **gezamenlijke visie**, doelen en verantwoordelijkheid. Als partijen

de gezamenlijke opgave scherp hebben, kunnen zij daarin samen oplopen.

- Een gevoel van **interdependentie**: partijen voelen dat ze elkaar nodig hebben en dat ze elkaar kunnen versterken.
- Voldoende **tijd** om dit duurzaam neer te zetten.
- En heel praktisch: een goede, gezagvolle **voorzitter**.

1.4. (Wettelijke) doelen (1/2)

- Gespreksdeelnemers zijn het eens dat een visie op publieke gezondheid **duidelijke doelen** moet bevatten. Argumenten daarvoor zijn:
 - Voor een langdurige aanpak (zie 1.2) is richting nodig en het stellen van doelen helpt daarbij.
 - Het hebben van gezamenlijke, overkoepelende doelen, maakt dat je kracht kan maken met elkaar. Ook op lokaal niveau: lokale kracht kan beter georganiseerd worden als je op een hoger niveau overkoepelende doelen hebt.
 - Overkoepelende doelen maken een domeinoverstijgende samenwerking makkelijker.
- Tegelijkertijd is door sommige gespreksdeelnemers ingebracht dat hier en daar al doelen zijn geformuleerd. Bijvoorbeeld in het topsectorenbeleid en het IZA. Kanttekeningen daarbij zijn wel:
 - In dit soort documenten is publieke gezondheid niet altijd een doel op zich. In het IZA is het bijvoorbeeld vooral ingestoken vanuit het verminderen van zorg en in het topsectorenbeleid wordt het onderwerp erg economisch aangevlogen.
 - Partijen hebben zich aan deze doelen gecommitteerd, maar de doelen zijn niet wettelijk vastgelegd.
- Partijen waren het niet helemaal eens over de vraag of het **wettelijk vastleggen** van doelen gaat helpen. Argumenten om doelen wel wettelijk vast te leggen, zijn:
 - Je creëert een gemeenschappelijk kader waaraan iedereen kan toetsen. Er staat iets in de wet waar alle partijen naartoe kunnen werken.
 - ‘Health in all policies’ valt wellicht makkelijker te realiseren als er wettelijke doelen zijn waarnaar VWS kan verwijzen. Dit voorkomt dat andere ministeries het gevoel krijgen: ‘Waar bemoeit VWS zich mee?’ Er zijn dan wettelijke doelen waarnaar VWS kan verwijzen en die legitimerend werken.
 - Voor gemeenten helpt het als de vrijblijvendheid eraf wordt gehaald. Investerings in voorzieningen op het gebied van publieke gezondheid (denk aan een sportveld of -park) moeten doorgaans concurreren met andere gemeentelijke uitgaven die makkelijker (kwantitatief) zijn te onderhouden. Verwijzen naar een wettelijk doel helpt bestuurders om het belang van investeringen in publieke gezondheid te kunnen beargumenteren.
 - In het verlengde van het vorige punt heeft het vastleggen van wettelijke doelen ook als voordeel dat het minder gemakkelijk wordt om op publieke gezondheid te bezuinigen. Een gemeente zal zich immers nadrukkelijker moeten verantwoorden als de resultaten achterblijven en het doel niet wordt gehaald. Wel is hierbij opgemerkt dat het wettelijk vastleggen van een doel alleen niet voldoende is om bezuinigingen op het onderwerp publieke gezondheid te voorkomen. Ook wanneer er een wettelijk doel is, zal waarschijnlijk worden gezocht naar manieren om toch op het onderwerp te bezuinigen.

1.4. (Wettelijke) doelen (2/2)

- Over **wélk type doelen** er vastgelegd zouden moeten worden, bestaat nog geen eenduidig beeld. Dit behoeft verdere uitwerking. Suggesties die in dit kader door de gespreksdeelnemers zijn genoemd, variëren:
 - Van heel abstract naar heel concreet (bijvoorbeeld voorschrijven dát gemeenten bepaalde programma's moeten uitvoeren vs. hóe ze dat moeten uitvoeren in termen van concrete maatregelen/verplichtingen).
 - Argumenten voor een **hoog abstractieniveau** zijn dat dit in staat stelt om op regionaal of lokaal niveau de concrete vertaalslag te maken en dat dit de autonomie van gemeenten respecteert.
 - Aan de andere kant: **concretere doelen** zijn minder vrijblijvend. Als mogelijk nadeel is ingebracht dat te concrete doelen in de praktijk kunnen gaan fungeren als een soort 'takenlijst/vinkjes zetten'.
- Doelen richten op het **publiek** vs. doelen richten op de **omgeving**/oorzaken (bijvoorbeeld richting de industrie). In dat kader is genoemd dat via de wet een **level-playing field kan** worden gecreëerd door te verbieden en te belasten (zie 1.5).
- Er is gesuggereerd om als doel vast te leggen dat binnen een bepaalde termijn, nog maar x% van de populatie rookt. Als kanttekening werd daarbij geplaatst: wat betekent dit voor kwetsbare mensen die binnen dat percentage zullen vallen? Laten we die niet in de steek? En werkt dit

gezondheidsverschillen niet juist in de hand?

1.5. Verbieden en belasten

- In onze moderne samenleving staat de gezondheid onder andere onder druk door het verdienmodel van bepaalde bedrijven, zoals tabaksbedrijven, fabrikanten van vapes en ultrabewerkt voedsel en vervuilende uitstoters. Het enkel richten van het beleid op (de leefstijl van) het individu is niet effectief, zolang het aanbod of de omgeving niet wordt aangepakt. Met andere woorden: het is belangrijk om **‘bovenaan’ de kraan dicht te draaien** en bepaalde zaken (in de omgeving/het aanbod) te verbieden of te belasten.
- Door gespreksdeelnemers is opgeworpen dat het verbieden of belasten kan overkomen als betutteling. Door andere gespreksdeelnemers is daar tegenin gebracht dat het individu dagelijks door (de marketing van) de industrie wordt verleid om ongezonde keuzes te maken. Deze gespreksdeelnemers vragen zich af: waarom accepteren we die sturing/beïnvloeding wel vanuit de industrie en niet vanuit de overheid?
- Door (wettelijk) bepaalde dingen te verbieden of te belasten wordt er een **level-playing field** gecreëerd waarbinnen bedrijven kunnen concurreren. Dit level-playing field moet van bovenaf (door te belasten/te verbieden) worden opgelegd, omdat:
 - Gemeenten of lokale partijen dit level-playing field niet altijd zélf kunnen creëren omdat er soms sprake is van concurrentie tussen gemeenten onderling. Zonder Rijksbeleid die de concurrentie tussen gemeenten uitschakelt, worden gemeenten (en andere lokale partijen) tegen elkaar uitgespeeld. Bijvoorbeeld: in Groningen wilde McDonalds een vestiging neerzetten naast een weg, maar de gemeente Groningen wilde dit niet. Vervolgens vestigde deze McDonalds zich aan de overkant van de weg, in gemeente Tynaarlo, waar dit werkgelegenheid opleverde.
 - We vanuit voorbeelden weten dat verbieden en belasten effectieve maatregelen zijn. Bijvoorbeeld in de tabaksindustrie: daar is het verbieden van reclame voor tabak effectief geweest.
 - Verder is genoemd dat bijvoorbeeld door rondom gokken verboden in de wet op te nemen, de druk op de zorg kan worden verminderd.
- Sommige gespreksdeelnemers gaven aan dat verbieden of belasten mogelijk een negatief effect hebben op het Nederlandse vestigingsklimaat.
- Anderen brachten daar tegenin dat bedrijven altijd een manier vinden om hun bedrijfsmodel aan te passen, zodat ze ook in een vernieuwde context (bijv. nieuwe regels t.b.v. volksgezondheid) winst zullen maken. De invoering van de suikertaks in Engeland is hierbij genoemd als voorbeeld, waarbij bedrijven twee jaar de tijd kregen om zich aan te passen aan de nieuwe regels. Ook kan het anticiperen op nieuwe regels bedrijven juist een concurrentievoordeel opleveren. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij afvalverwerking: eerst kwamen daar Nederlandse regels voor en hebben bedrijven zich daarop aangepast. Later kwam er EU-regelgeving en hadden die bedrijven een concurrentievoordeel t.o.v. buitenlandse bedrijven.

1.6. Sociale determinanten & domeinoverstijgende aanpak (1/2)

- Er bestaan **sociale determinanten** voor gezondheid (en gezondheidsverschillen). Maatregelen op een ander beleidsterrein dan het beleidsterrein van VWS kunnen een impact hebben op de volksgezondheid, bijvoorbeeld omdat ze die sociale determinanten beïnvloeden. Bijvoorbeeld: het isoleren van woningen (beleidsterrein BZK/EZK), levert uiteindelijk ook winst op voor de gezondheid.
- Dit impliceert dat een domeinoverstijgende aanpak vereist is. Een manier om dat te bewerkstelligen is via: **‘health in all policies’**.
- Door de gespreksdeelnemers is benoemd dat ‘health in all policies’ een **verschuiving in waarden** impliceert. Het zegt namelijk iets over hoe de waarde ‘gezondheid’ zich verhoudt tot andere waarden. En kennelijk vinden we publieke gezondheid dan zo belangrijk, dat ook beleid vanuit andere domeinen daarop getoetst moet worden.
- In dit verband is gewezen op de volgende **voorbeelden**:
 - Schotland, waar beleid standaard wordt getoetst aan een aantal waarden, waaronder de waarde ‘gezondheid’.
 - In de Omgevingswet staat dat rekening moet worden gehouden met de gezondheid. Gespreksdeelnemers geven aan dat dit een stap in de goede richting is, maar dat de huidige invulling nog te vrijblijvend is.
- Door de gespreksdeelnemers is geconstateerd dat ‘health in all policies’ erg uitdagend is, onder andere omdat het een enorm breed begrip is (de vraag is dan: waar begin je?) en omdat je andere beleidsterreinen mee moet zien te krijgen.
- Daarnaast is genoemd dat ‘health in all policies’ alleen werkt als er **bovenliggende gezamenlijke doelstellingen** zijn. Want anders loop je het risico dat een bepaald beleidsterrein de eigen doelen toch net wat belangrijker vindt dan de gezondheidsdoelen, en dat het dan stukloopt.
- Door een enkeling is gesuggereerd dat – in plaats van in te zetten op ‘health in all policies’ – het misschien effectiever is om te focussen op onderwerpen/thema’s die sowieso winst opleveren voor meerdere beleidsterreinen. Naast het eerdergenoemde voorbeeld van woningisolatie is hierbij ook het thema ‘weerbaarheid’ genoemd. Op onderwerpen waarbij ‘het mes aan twee kanten snijdt’ zal het gemakkelijker zijn om samen te werken met andere beleidsterreinen.

1.6. Sociale determinanten & domeinoverstijgende aanpak (2/2)

Regeringscommissaris

- Het idee van een regeringscommissaris riep bij sommige gespreksdeelnemers in het begin twijfel op, maar uiteindelijk werd men in gesprek over dit onderwerp toch enthousiast over dit idee, omdat:
 - Er dan een rol/persoon is die over de lange termijn (ook over de bestuurlijke termijn van 4 jaar heen), het onderwerp kan aanjagen.
 - Een regeringscommissaris beter in staat is dan een minister om over de verschillende beleidsterreinen heen te kijken.
- Als nadelen bij dit idee zijn genoemd:
 - Het kan het gevoel van urgentie bij de departementen weghalen.
 - Het speelveld kan door de introductie van een nieuwe rol nog complexer worden.
- Aan de gespreksdeelnemers is vervolgens de vraag gesteld: Wat zou de regeringscommissaris voor **opdracht** moeten meekrijgen? Suggesties vanuit de groep waren:
 - Deze persoon moet vanuit het denken over publieke gezondheid de verbinding met 'cure' en 'care' opzoeken.
 - En breder: de verbinding leggen met andere beleidsterreinen en de verankering van gezondheid in beleid aan aanjagen ('health in all policies').
- De maatschappelijke discussie over dit onderwerp opzoeken (ook via de media) en actief pleitbezorger zijn (continu uitleggen wat het belang is van publieke gezondheid).
- De vinger op de zere plekken leggen en bijvoorbeeld met concrete voorstellen komen voor maatregelen. Een risico dat daarbij wel door de gespreksdeelnemers is genoemd, is dat deze maatregelen politiek weer zouden kunnen worden afgeschoten (zeker als degene die de rol vervult zelf ook een politieke kleur heeft).

2. **Aansturing**

1. Gelaagdheid: landelijk-regionaal-lokaal
2. Gemandateerde gemeenten

2.1. Gelaagdheid: landelijk-regionaal-lokaal

- Gespreksdeelnemers wilden het graag over de volgende stelling hebben: *‘Er moet **gelaagdheid komen in de uitvoering**: landelijk een uniform basispakket met maatregelen die door alle regio’s uitgevoerd moeten worden, per regio een pakket met maatregelen waaraan alle gemeenten in de betreffende regio zich committeren, aangevuld met lokale vrije ruimte die een gemeente naar eigen inzicht kan invullen.’*
- Over het algemeen zijn de gespreksdeelnemers vóór deze stelling. Als **voordelen van deze aanpak** zijn o.a. genoemd:
 - Een uniform basispakket kan helpen om problemen effectief en efficiënt aan te pakken. Bijvoorbeeld rondom vraagstukken die spelen in meerdere regio’s (landelijk basispakket) of binnen een regio in meerdere gemeenten (regionaal basis).
 - Je weet zeker dat bepaalde basismaatregelen worden uitgevoerd. Als voorbeeld is het ‘prenataal huisbezoek’ genoemd: omdat dit in de wet als verplichting is opgenomen, wordt het ook uitgevoerd. Een ander voorbeeld is de gezonde schoolmaaltijd: in sommige wijken is daar misschien minder behoefte aan, maar als je het uniform organiseert, weet je zeker dat het gebeurt.
 - De maatregelen uit het basispakket kunnen door hun uniforme karakter makkelijker gemonitord worden. Zo’n monitor stelt VWS beter in staat om zijn stelselverantwoordelijkheid in te vullen. En andersom kan monitoring aantonen dat het opportuun is om een bepaald probleem landelijk aan te pakken, bijvoorbeeld als het probleem in meerdere regio’s speelt.
- Welke onderwerpen/maatregelen in het basispakket moeten vallen, en wat regionaal of lokaal ingevuld kan worden, is nog een openstaand discussiepunt. Door de gespreksdeelnemers is genoemd dat het goed is om dit basispakket vast te stellen in overleg met de regionale of lokale partijen, omdat dit bijdraagt aan het draagvlak. Als **voorbeelden** zijn genoemd:
 - Bepaalde vaccinaties horen in het landelijke, uniforme basispakket. Vraagstukken zoals: ‘hoe ga je om met mensen die zich niet laten vaccineren?’, moeten wellicht meer regionaal/lokaal worden aangepakt.
 - Andere genoemde voorbeelden zijn Kansrijke Start en schoolziekteverzuim. Schoolziekteverzuim is in de regio Rijnmond nu nog een aanvullend pakket, maar in die regio onderzoeken ze nu of dit regionaal uniform kan worden aangepakt.
- Om een efficiënte aanpak te bevorderen zouden voor sommige taken landelijk **specialistische teams** kunnen worden ingericht, zoals op het gebied van milieukunde. Bijvoorbeeld: in provincie Zeeland is behoefte aan specialistische kennis op het gebied van medische milieukunde, maar de provincie heeft beperkte beleids capaciteit. Het inzetten van landelijke ‘vliegende keups’ met specialistische kennis kan dan helpen. Voor bepaalde GROEP-disciplines, zoals GOR en PSH, wordt al jaren gewerkt met landelijke teams (ondersteuning RIVM-ARQ-Nivel met geormerkte VWS instellingssubsidie). En daarnaast CET PSH-GOR.

2.2. Gemandateerde gemeenten

- Kleine gemeenten hebben vaak weinig beleids capaciteit, waardoor ze bijvoorbeeld slecht zijn aangesloten op de verschillende overleg gremia op het terrein van publieke gezondheid. Bovendien kan het voor GGD'en lastig zijn om meerdere gemeenten als eigenaar te hebben.
- Tijdens de sessies is een aantal keer gesproken over de mogelijkheid om in een regio een gemandateerde gemeente aan te wijzen, die namens alle gemeenten in de regio de aansturing van de GGD invult.
- De gespreksdeelnemers zagen bij het idee van een gemandateerde gemeente zowel voor- als nadelen.

Voordelen

- Het is voor GGD'en efficiënter om één gemandateerde gemeente als eigenaar te hebben. Nu moeten GGD'en met alle gemeenten in de regio in gesprek, en dat kost veel tijd.
- Het dwingt regionale samenwerking af. En voor bepaalde problemen is regionale samenwerking wenselijk.
- De vraagstukken waar gemeenten mee te maken hebben en de bijbehorende oplossingen, lijken vaak meer op elkaar dan dat ze verschillen. Doordat de afstemming en de aansturing van de GGD via één gemeente loopt ontstaat meer uniformiteit in de aanpak.

Nadelen

- Sommige gespreksdeelnemers vragen zich af of een gemandateerde gemeente voldoende beeld heeft van wat er speelt in de andere (kleinere) gemeenten en de specifieke problemen die daar spelen. En of zij daar voldoende rekening mee zullen houden.
- Het is een gezamenlijke opgave en dat betekent dat alle gemeenten iets te doen hebben. Sommige gespreksdeelnemers zijn bang dat het aanwijzen van een gemandateerde gemeente ten koste gaat van het door de andere gemeenten gevoelde eigenaarschap.
- Het hebben van meerdere lokale eigenaren draagt bij aan de continuïteit en vormt een stootkussen tegen de grillen van de politiek. Dat valt weg wanneer er één gemandateerde gemeente wordt aangewezen.
- Een gemandateerde gemeente zou in de praktijk een 'extra laag' vormen, wat zorgt voor meer bureaucratie.

3. **Bekostiging**

1. Economisch perspectief
2. Bewijsvoering
3. Financiering
4. Scheiding van financiering en aansturing

3.1. Economisch perspectief

- Eén van de stellingen die tijdens de sessies aan bod is gekomen, is: *‘Het ontbreekt aan een economisch perspectief op publieke gezondheid en preventie. In de toekomstvisie moet hierop worden ingezet.’*
- Een **uitdaging** is dat publieke gezondheid geen duidelijk verdienmodel heeft. Investerings in de publieke gezondheid leveren vaak pas op de langere termijn waarde op. En de kosten die daarmee worden bespaard, liggen niet altijd bij de partij die de oorspronkelijke investering heeft gedaan. Dat maakt het doen van investeringen in de publieke gezondheid nog niet altijd aantrekkelijk.
- Door enkele gespreksdeelnemers is aangegeven dat we het **economisch narratief** rondom publieke gezondheid anders moeten formuleren. Het huidige narratief schetst ten onrechte het beeld dat een verbetering van de volksgezondheid en economische groei niet samengaan. Dit beeld klopt niet. Het narratief moet verschuiven van ‘anti-markt’ naar ‘mèt de markt’. In dit nieuwe narratief zijn milieu, economie en gezondheid gelijkgeschakeld, omdat ze elkaar niet in de weg zitten maar juist kunnen versterken. Het bedrijfsleven heeft namelijk belang bij gezonde en vitale medewerkers, bijvoorbeeld wanneer het gaat om productiviteit en het verminderen van ziektekosten.
- Tot slot is opgemerkt dat het belangrijk is om de economische waarde van publieke gezondheid (het economisch narratief) beter uit te dragen. Zowel

breed via de media als gericht op partijen rondom specifieke thema’s als arbeidsproductiviteit en -vitaliteit (grote werkgevers). We moeten beter uitdragen dat de hele samenleving (inclusief het bedrijfsleven) een belang heeft bij een verbeterde volksgezondheid; dan kunnen we kracht maken. Bedrijven moeten in dat verhaal worden meegenomen.

3.2. Bewijsvoering

- In de bijeenkomsten is gesproken over de volgende stelling: *De nadruk op ‘bewezen effectiviteit’ zit brede, langjarige gezondheidsaanpakken in de weg. De bewijsvoering (incl. relevante dataverzameling) voor effectieve aanpakken en interventies in publieke gezondheid moet opnieuw worden ontworpen.’*
- De gespreksdeelnemers zijn verdeeld over deze stelling:
 - Enerzijds wordt aangegeven dat we al heel goed weten welke maatregelen effectief zijn (bijvoorbeeld voor het tegen gaan van roken: het aanbod beperken, hogere prijzen, etc.) en welke niet.
 - Anderzijds herkent men het beeld dat je van bepaalde veelbelovende aanpakken pas kan meten of ze effectief zijn of waarde opleveren als je ze in de praktijk kan brengen. Dat maakt het soms lastig om middelen voor die maatregelen vrij te krijgen.
- Bewijsvoering kan je volgens gespreksdeelnemers niet alleen overlaten aan de markt, omdat de markt zal investeren in maatregelen waar een verdienmodel achter zit en waarvan ze zeker weten dat de effectiviteit waarschijnlijk aangetoond zal worden. En dat zijn vooral maatregelen die erg op de zorgkant zitten en minder op brede welvaart.
- Als we een verschuiving in financiële middelen naar publieke gezondheid willen bewerkstelligen, dan is het slim om de winst van investeringen in publieke gezondheid inzichtelijker te maken. Het zou daarom goed zijn om

de bewijsvoering op het gebied van publieke gezondheid verder te **professionaliseren**.

- Dit betekent onder andere dat moet worden ingezet op **‘lerend beleid’**. Daarin is naast bewezen effectieve maatregelen ook ruimte voor mogelijk effectieve maatregelen (met aanwijzingen voor effectiviteit), met daaraan gekoppeld de verplichting om tijdens de uitvoering de effectiviteit van de betreffende maatregel te onderzoeken. Dit vereist dat aan de voorkant al goed is nagedacht hoe de effectiviteit van een maatregel gemonitord kan worden.
- Idealiter wordt effectiviteit niet alleen getoetst in termen van kosten en het voorkomen van zorg, maar aan wat het oplevert voor gezondheid en welzijn in de breedte. We moeten scherper voor onszelf formuleren wanneer we vinden dat een maatregel op het gebied van publieke gezondheid, wel of niet succesvol is.

Verder lezen? Door de gespreksdeelnemers is verwezen naar het rapport **‘preventie op waarde schatten’**, van de technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie

3.3. Financiering

- Door de gespreksdeelnemers is geconstateerd dat er relatief weinig geld naar publieke gezondheid, bijvoorbeeld in verhouding tot de budgetten voor curatieve zorg. Als we echt stappen willen maken op het gebied van publieke gezondheid, zal er vanuit het publieke domein meer geïnvesteerd moet worden in dit onderwerp.
 - Het aan kunnen tonen van de effectiviteit van maatregelen (zie 3.2) kan bijdragen aan de **legitimatie van financiering** voor publieke gezondheid.
 - Daarnaast zijn bestuurders die serieus willen investeren in publieke gezondheid ook gebaat bij **'quick wins'**. Quick wins zorgen voor draagvlak en effenen het pad voor langetermijninvesteringen in publieke gezondheid waarvan de positieve effecten niet meteen zichtbaar zijn. Voorwaarde is wel dat de korte termijn quick wins ten goede komen aan de doelen die voor de lange termijn zijn gesteld en deze niet in weg zitten.
- Volgens de gespreksdeelnemers frustreert de wijze waarop de financiering momenteel is geregeld soms. Bijvoorbeeld omdat de **'schotten'** in de financiering integraal werken en samenwerking in de weg staat. De aan de financiering verbonden voorwaarden maakt bovendien dat er weinig ruimte overblijft om te experimenteren.
- Tijdens de sessies werd geconstateerd dat om echt een slag te kunnen

maken met publieke gezondheid **langetermijnfinanciering** geborgd moet worden. Er zijn verschillende ideeën aangedragen om tot die borging te komen:

- Geld **oormerken** voor de publieke gezondheid in plaats van 'vrij' te besteden geld via het gemeentefonds. Bezuinigingen op publieke gezondheid vormen voor gemeenten namelijk een reëel risico. Publieke gezondheid is een 'makkelijke' post om op te bezuinigen, omdat de effecten van investeringen op dit terrein (en bezuinigingen daarop) pas over op heel lange termijn voelbaar en zichtbaar zijn, voorbij de bestuurlijke termijn.
- Een **langjarig fonds** voor publieke gezondheid instellen, vergelijkbaar aan het Deltafonds. Dit beschermt tegen politieke grilligheid. Achter het Deltafonds zat een langjarig plan, er werd gestuurd met een delacommissaris, er was voldoende urgentiebesef, partijen werkten goed samen en het onderwerp was als het ware apolitek gemaakt.
- Het **scheiden van financiering en de aansturing** van de uitvoering, door de inhoudelijk aansturing bij gemeenten te laten maar de uitvoeringsorganisaties rechtstreeks vanuit het Rijk te financieren (zie voor meer toelichting 3.4).

3.4. Scheiding van financiering en aansturing

- Door een gespreksdeelnemer werd het idee ingebracht om de financiering en de aansturing van de uitvoering van elkaar te scheiden. Nu loopt het grootste deel van de financiering via gemeenten, die ook in belangrijke mate verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke richting. Als alternatief werd geopperd om uitvoeringsorganisaties rechtstreeks vanuit het Rijk te financieren en de gemeenten verantwoordelijk te laten voor de inhoudelijke aansturing.
- Tijdens de sessies ontstond geen overeenstemming over de vraag of dit een goed idee is of niet. Wel werden door gespreksdeelnemers voordelen en nadelen van dit idee opgeworpen.

Voordelen

- Gemeenten hoeven zich dan enkel en alleen bezig te houden met de aansturing van de uitvoering. Dat zorgt bij gemeenten voor het verleggen van de focus op geld naar aandacht voor de inhoud.
- Rechtstreekse financiering vanuit het Rijk maakt uitvoeringsorganisaties minder kwetsbaar voor lokale bezuinigingen door gemeenten. Het zou bovendien kunnen helpen om de continuïteit van de financiering voor de lange termijn te borgen. Zeker als de financiering vanuit het Rijk wordt gegoten in de vorm van een langjarig fonds.

Nadelen

- Door de groep werden vraagtekens geplaatst bij wat de scheiding van financiering en de inhoudelijke aansturing betekent voor het eigenaarschap van gemeenten. Als gemeenten het niet meer hoeven te hebben over het geld, blijft het onderwerp dan hun interesse vasthouden?
- Het gevaar werd benoemd dat gemeenten op het terrein van publieke gezondheid taakgerichte organisaties worden met weinig oog voor langetermijnopgaven en -doelen.
- Tegenover minder kwetsbaarheid voor lokale bezuinigingen staat het risico van bezuinigingen door het Rijk. En als het Rijk bezuinigt is de impact meteen fors.
- De vraag is opgeworpen of het Rijk wel voldoende voeling heeft met de praktijk om de hoogte van de benodigde financiering te kunnen bepalen.
- De vraag is ook of de financiering eenvoudiger wordt als uitvoeringsorganisaties rechtstreeks worden gefinancierd. Er zullen nog steeds gesprekken gevoerd moet worden met de financier (dan: het Rijk) over de financiën.



KWINK
GROEP

A Nassaulaan 1
2514 JS Den Haag

T 070-359 695

E info@kwinkgroep.nl
W www.kwinkgroep.nl